

Temas de interés

La Atención Primaria de salud en Uruguay: logros y desafíos Primary Health Care in Uruguay: Achievements and Difficulties Atenção Primária à Saúde no Uruguai: Conquistas e desafios

Morales Elicegui Marcelo R,¹ Barizo Calvete María R²

ATEN FAM 2010;17(3)

En la Región de las Américas, la mayor parte de los países han hecho suyos los cuatro principios básicos de la Atención Primaria a la Salud (APS) reconocidos en la Conferencia de Alma-Ata:

1. Accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud.
2. Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario.
3. Acción intersectorial por la salud.
4. Costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

En el marco de los conceptos y estrategias para el desarrollo de sistemas locales de salud, se asignó mayor importancia al primer nivel de atención. El énfasis en la descentralización, participación social, desarrollo de nuevos modelos de atención y de la capacidad gerencial como condiciones para el desarrollo de sistemas locales de salud, resaltan el papel de la APS en la organización de los sistemas nacionales de salud.¹⁻⁵

Numerosos países han concebido al nivel primario de atención como el punto de contacto con la comunidad y puerta de entrada de la población al sistema de salud. Asimismo, en el estado de salud de la comunidad se deben destacar, por su importancia, los elementos que si bien son fundamentales para un desarrollo íntegro de ésta, no forman parte del sistema de salud: el saneamiento, agua potable y educación.

1. **Saneamiento:** invertir en saneamiento ambiental no sólo influye en la salud pública. De acuerdo con una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada dólar que se dedica al *Objetivo de Desarrollo del Milenio*, se ahorrarán 9 dólares en costos de salud, educación y protección del medio ambiente.⁶ Un informe de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que “cerca de 90% de las enfermedades se vinculan con problemas de saneamiento ambiental (inadecuada provisión de agua potable, falta de tratamiento de aguas servidas, problemas con la recolección, disposición y tratamiento de basuras.)”

2. **Agua potable:** a nivel mundial 1,200 millones de personas no poseen agua potable y 2,400 millones carecen de alcantarillados e infraestructuras para el tratamiento de agua. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las disparidades entre países ricos y pobres son enormes: en el mundo occidental cada vez que alguien utiliza agua para actividades comunes –por ejemplo, lavarse las manos– consume tanta agua como la que habitualmente utiliza una persona del tercer mundo para beber, cocinar, lavarse y limpiar durante todo un día.⁷
3. **Educación:** es evidente que la educación de la comunidad, los pacientes y sus familias juega un papel fundamental en el éxito de los sistemas de salud especialmente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.⁸ La experiencia regional apunta que es posible reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades⁹⁻¹⁰ a través de:

¹Médico internista, especialista en Gestión de Servicios de Salud. Adjunto Dirección Técnica, Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM). Asistente del Fondo Nacional de Recursos.

²Médico cardiólogo, CUDAM.

Correspondencia:
Morales Elicegui Marcelo
marmoral@adinet.com.uy

Aten Fam 2010;17(3):70-73.

- a) Una firme voluntad política para reformular el modelo de atención de salud, que incluya la transformación del modelo asistencial, modificación de los servicios de salud, incorporación de estrategias de promoción y prevención, búsqueda de modelos asistenciales que promuevan la atención ambulatoria, y la aplicación de los enfoques familiar y comunitario que posibiliten un conocimiento adecuado de la realidad física, social, económica y cultural de la población usuaria.
- b) Asignación de funciones de coordinación intersectorial en salud a nivel de gobiernos local, regional y nacional.
- c) Integración o coordinación de los servicios de salud privados con los de salud pública. Aun cuando existen acciones de salud pública que no son competencia del ámbito asistencial de la salud, también existen diversas instancias en las que ambos tipos de servicios pueden ser potenciados mediante su integración en el nivel asistencial local.¹⁻⁵

Resultados regionales

El impacto de la estrategia de la APS ha sido mayor en países con menor desigualdad en la distribución de la riqueza, independientemente de los niveles de ingresos absolutos. No existen modelos de APS estandarizados debido a la enorme variabilidad y diversidad de los ambientes, en los cuales los rectores de las políticas buscan soluciones a los problemas de salud.

Las experiencias de Costa Rica, Cuba y Chile indican que en los últimos 25 años se han conseguido logros importantes en el mejoramiento de las condiciones de salud y vida, gracias al desarrollo de la APS en forma complementaria con otros modelos de atención a la salud. Costa Rica es reconocida por su Sistema Nacional de Salud, que ha logrado importantes avances en esta materia a través de los equipos locales integrados (Equipos Básicos de Atención Integrada). Cuba con su Sistema Nacional de Salud mediante APS, ha conseguido con recursos limitados notables

avances en este ámbito: está fortaleciendo el nivel primario con énfasis en la promoción de la salud, la medicina familiar y servicios de urgencia en la comunidad (Sistema Integrado de Urgencias Médicas). Por su parte, Chile es conocido por su extensa red primaria de salud que ha logrado muy buenos indicadores. Otros países están desarrollando las siguientes experiencias: Bahamas un sistema de salud de acceso universal, Bolivia hace énfasis en la atención al binomio madre-hijo con fuerte participación comunitaria y el Seguro Social Básico (SSB). Brasil se destaca por el Programa de Salud de la Familia del Ministerio de la Salud Brasileño.

Uruguay: economía y salud antes de la reforma

Aunque Uruguay tiene 92% de hogares con agua potable, 99% con electricidad, 86% con televisión a color y una alfabetización de más de 98%, no lograba resultados similares en niveles de salud y menos en niveles de eficiencia y equidad en servicios de salud. Había un enfoque altamente especializado y tecnificado de la asistencia médica que coexistía con carencias elementales, centrado en el hospital, sanatorio o clínica y poco en la comunidad; tenía un conjunto de características que podían ser consideradas contrarias a los modelos presentado por la APS:

- a) Se destinaban mayores recursos a atender y sanar la salud perdida y poco en prevenir la enfermedad.
- b) La capacidad instalada no correspondía con la demanda real.
- c) Existía un exceso de intermediación en el sector salud.
- d) Se sobreutilizaban los recursos diagnósticos y eran frecuentes los excesos terapéuticos.

Ventajas y dificultades

El análisis de las necesidades que se presentan permite identificar las actividades básicas que deben desarrollarse:

- o Diagnosticar y tratar las enfermedades de los pacientes que demandan asistencia.

- o Realizar actividades de promoción y prevención, tanto en las consultas como en la comunidad.
- o Atención continuada domiciliaria.
- o Vigilancia epidemiológica.
- o Derivaciones de pacientes a otros niveles y demás prestaciones sanitarias.
- o Educación para la salud.

La APS en Uruguay debe tener las siguientes características:¹¹

1. *Accesibilidad.* Todos los servicios deben ser accesibles.
2. *Historia clínica.* Los profesionales de salud deben mantener historias clínicas completas y precisas, así como responsabilizarse de su contenido.
3. *Utilización de los servicios por la población.*
4. *Identificación de problemas.* En todos los niveles se deben identificar los problemas existentes en la comunidad. En atención primaria los problemas y necesidades están con frecuencia mal delimitados y poco diferenciados, mientras que en otros niveles asistenciales están mejor delimitados, por lo que es necesario establecer prioridades.
5. *Variación de servicios.* Deben especificarse el conjunto de servicios que se ofrecen, según la formación, experiencia y competencia de los profesionales.

La atención primaria no puede satisfacer todas las necesidades; en su seno existe la necesidad de coordinar los servicios ofrecidos por los distintos miembros de un equipo de profesionales. El equipo de APS constituye la unidad estructural y funcional básica de la atención primaria; asume las características y fundamentos de las asistencias desde una perspectiva multidisciplinaria, con un enfoque individual y comunitario, que incluye contenidos relevantes de carácter preventivo y de promoción de la salud, además de otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales de la propia población asistida. Su composición en cada lugar y país dependerá de las condiciones sociales, políticas y económicas, de las prioridades que se tracen, objetivos y recursos humanos que se dispongan.¹²

Los recursos humanos de la salud en Uruguay

Deben tenerse en cuenta las diversas dificultades para implantar los programas de atención primaria en Uruguay. Se deben considerar:

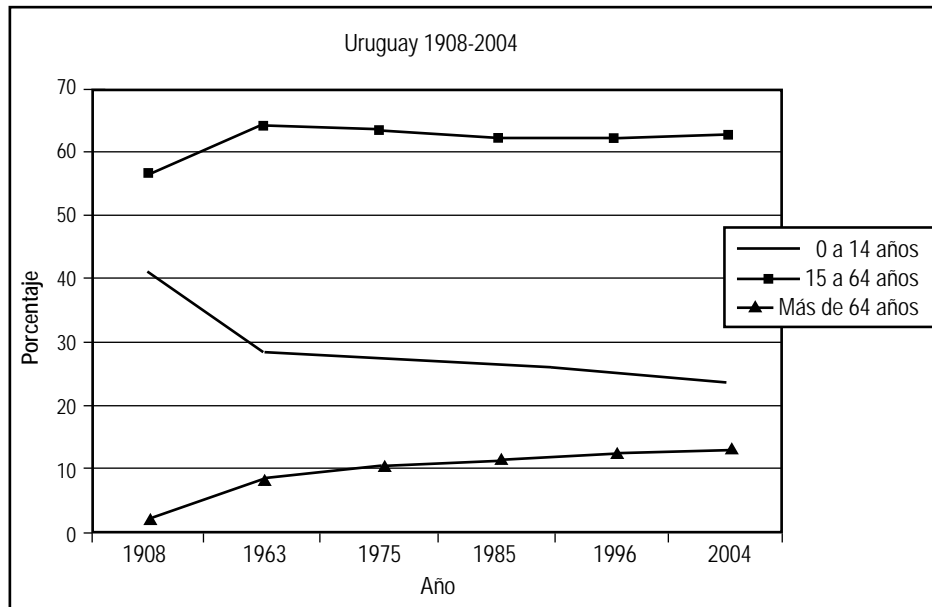
1. Número de médicos.
2. La relación número de médicos/enfermeros.
3. Distribución de los médicos y especialidades, (modelo de atención *hospitalocéntrico*).
4. Modalidades de atención que no responden a necesidades epidemiológicas.

La Facultad de Medicina y otras organizaciones de formación de recursos humanos deberán dar cabida primero, y prioridad después, a la formación de personal de salud con conceptos claros en materia de promoción de salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación física y social de los enfermos. Mientras tanto habrá que reconvertir a muchos profesionales médicos, con el propósito de contar con una masa crítica que permita comenzar a realizar actividades compatibles con la APS.

Cuadro 1. Total de médicos y especialidades

Total de médicos del país	15.731
Relación de médicos/habitantes	1/240
Relación médico/enfermeros	5/1
Médicos generales	6 %
Médicos con 1 especialidad	50%
Médicos con 2 especialidades	33%
Médicos con 3 especialidades o más	11%

Figura 1. Evolución de población por grupos de edad



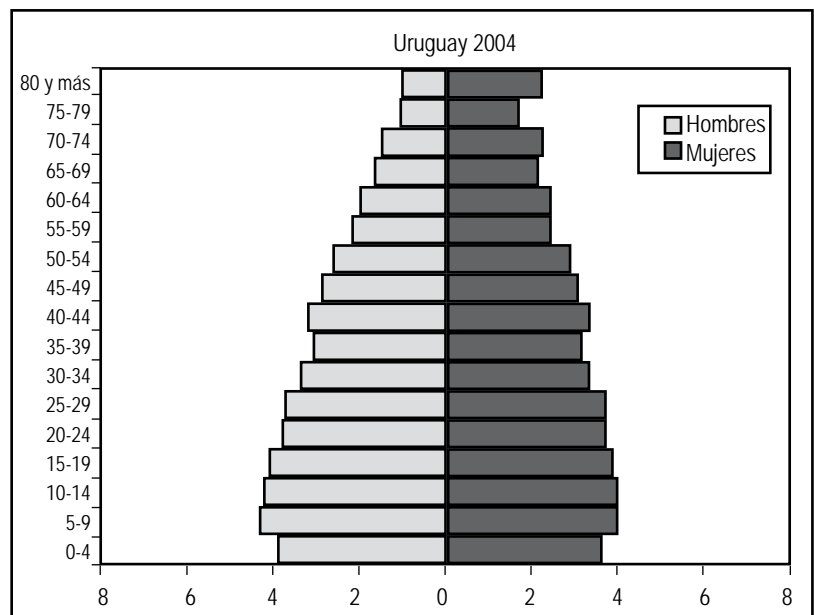
En Uruguay existen aproximadamente 15,371 médicos, lo que representa uno por cada 240 habitantes (cuadro 1). Según el Padrón Médico Nacional y los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), aproximadamente 75% de los médicos activos radican en Montevideo, es decir que hay

de la fragmentación de la asistencia médica, duplicadora de esfuerzos y en parte causante del importante gasto en salud.

De acuerdo con el INE, la población proyectada del país al 30 de junio de 2009 fue de 3,315,466 habitantes con una edad

aproximadamente tres médicos en la capital por cada médico en el interior. A su vez sólo se tienen 6% de médicos generales y una relación enfermera universitaria-médico de 5 a 1. De la distribución médica se destaca la alta proporción de especialistas, lo que está vinculado directamente con el modelo de atención presente hasta el momento, eminentemente asistencialista y curativo, favorecedor

Figura 2. Pirámide demográfica Uruguay 2004



mediana general de 32.40 años (30.70 para hombres y 34.10 para mujeres).

Los indicadores biodemográficos muestran una esperanza de vida de 75.72 años (72.12 para hombres y 79.52 para mujeres). El porcentaje de población mayor de 65 años es 15 %, valor que ha aumentado sostenidamente en los últimos 40 años, en tanto que la población menor de 15 años es de 23.7% (figura 1).

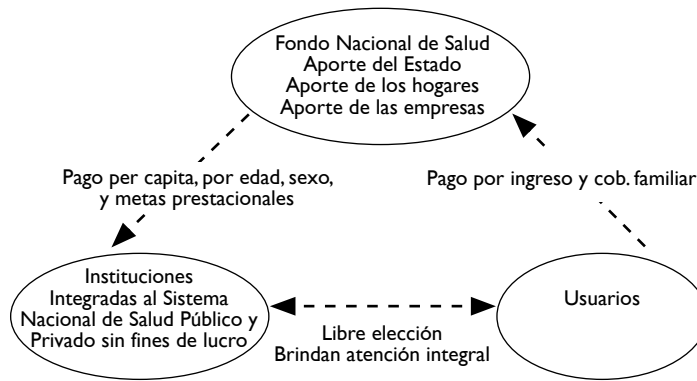
El conocimiento del perfil demográfico poblacional (figura 2), constituye un dato fundamental al momento de elaborar un presupuesto y de planificar los recursos necesarios para asistir a la población. El conocer la prevalencia e incidencia de patologías crónicas y el costo de las mismas, permite prever los gastos y elaborar predicciones de necesidades.¹³ Asimismo ha facilitado definir que las estrategias de APS tienen una relación costo/efectividad mayor. Uruguay ya completó la transición demográfica y actualmente es similar a la de los países desarrollados.

Las mayores causas de muerte son las crónicas no transmisibles, dentro de las que destacan las de origen cerebrovascular como la primera causa de mortalidad en el país. Uruguay ocupa el lugar 26 (de 29 países), con 72% de años de vida perdidos por enfermedades crónicas no transmisibles. La salud comunitaria propone un método de planificación en el que el punto de partida son las necesidades de la población, en este sentido, sirve de concepto integrador para el planificador de salud.¹⁴ La planificación se encuentra ligada al contexto sociopolítico en el que se aplica; el tomar conciencia de ello es determinante para el éxito del plan propuesto.^{15,16}

El nuevo sistema de salud en Uruguay

El nuevo sistema de salud busca mejorar el acceso universal de la atención en salud para toda la población, en niveles de cobertura y

Figura 3. Sistema Nacional de Salud: Uruguay



calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano. Algunas de sus acciones son:

- La creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud.¹⁷⁻¹⁹
- El desarrollo de un Fondo Nacional de Salud, al que aportan ingresos toda la población (figura 3).
- Incluir en la cobertura a los familiares a través de la seguridad social (a partir de 2008 hijos menores de 18 años y de 2010 los cónyuges).
- Libre elección del sistema privado o el público.
- El Fondo Nacional de Salud paga a los prestadores de salud per capita, por edad y sexo (figura 3).
- Transforma el modelo de atención con la incorporación de estrategias de APS, con pagos adicionales en función del cumplimiento de metas (figura 3).

Con los cambios anteriores se busca mejorar la atención para toda la población, de manera integral, premiando a las instituciones que prioricen estrategias de APS con el pago de cumplimiento por metas, en primera instancia privilegiando el área materno-infantil para luego avanzar en la salud del adulto mayor. Se tendrá que esperar un tiempo suficiente para analizar si los cambios provocados en los procesos debido al pago adicional por metas han determinado un cambio favora-

ble en los resultados sanitarios del país.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000: estrategias. Documento Oficial N° 173; Washington, 1980.
2. World Health Organization. Primary health care concepts and challenges in a changing World: Alma-Ata revisited. WHO/SHS/CC/94.2. Ginebra, 1994.
3. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington, 1994.
4. Organización Panamericana de la Salud. Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000. Documento Oficial CD40/24. Washington, 1997.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Vol.I, Washington, 1998.
6. OMS/UNICEF. Water for life: Making it happen. Programa Conjunto de Vigilancia de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. 2005. [citado en 2008 Octubre 9]. Disponible en http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp2005/en/index.html
7. Informe de la ONU sobre el desarrollo de los recursos hídricos en el Mundo: 2003.
8. Reformas del sector de la salud en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2000; [citado 2008 Octubre 16]; vol.8 n.1-2. Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>
9. Portillo J, Buglioli M, Lazarov L. Servicios de salud en Uruguay. *Med. y Soc. (Bs. As.)* 2001; 24(1): 37-50.
10. Sanz Esteban J. Panorama actual de los servicios de urgencias hospitalarias. *Mapfre Med.* 1993;4(Supl 1):52-7.
11. Starfield B. Necesidades de investigación en atención primaria. En: *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.* Barcelona: Masson; 2001. p. 425-47.
12. Piédrola-Gil. *Medicina preventiva y salud pública.* 10ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
13. Veronelli JC, Nowinski A, Haretche A, Roitman B. *La salud de los uruguayos.* OPS Uruguay: Nordan-Comunidad.1994.
14. Blum HL. *Planningo for Health. Generics for the Eighties.* Human Science Press, New York, 1981 Pag.14.
15. Hall TL. *The Political Aspects of Health Planning in Health Planing: Qualitative Aspects and Quantitative Techniques,* Reinke, W.A.(ed).The John Kopkins University, Baltimore, Maryland, 1972, p.73-95.
16. Mott BJF. *The Myth of PlanningWithout Politics.* *Am.J.of Publ.Hlth.*Vol.59.1979, p.797-803.
17. Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) D.O Uruguay. 13 Dic 2007 - N° 27384.
18. Ley 18.161. Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). D.O Uruguay. 8 Ago 2007 - N° 27295.
19. Ley 18.131. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). D.O Uruguay. 31 May 2007 - N° 27248.